

MRI検査問診票

date

ID.No

name

MRI検査を安全に行うために、以下の質問に正確にお答え下さい。

今までにMRI検査を受けたことがありますか？ いいえ はい わからない

①体内に以下のような医療による金属類、機械、人工的なものがありますか。 いいえ はい

該当するものを○で囲んでください

心臓ペースメーカー、植込み型除細動器、人工内耳、深部脳刺激装置、脊柱管内リード線、

脊髄刺激装置、神経刺激装置、骨成長刺激装置、脳動脈瘤クリップ(手術 年頃)

冠動脈ステント、血管内コイル、人工血管、心臓人工弁、リード線、静脈フィルター、

圧可変式バルブシャント(脳室シャント:水頭症の手術)、消化管用クリップ、

人工骨頭、人工関節、金属プレートなど(手術 年頃)

胆管、食道、気管などの金属ステント(手術 年頃)

刺青、アートメイク、ティッシュエキスパンダー(乳房皮膚拡張器)

②体内に外傷による金属片(銃弾破片、鉄片など)がありますか。 いいえ はい (部位)

③以下の金属類や人工的なものを身につけていますか。

義眼、義足、義手はありますか いいえ はい

磁石を使用した義歯や歯科矯正器具をつけていますか いいえ はい

④上記①～③以外に何か金属類、機械、人工的なものがあればご記入ください()

⑤狭いところが苦手(閉所恐怖症)ですか？ いいえ はい

⑥《女性の方へ》

妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか。 いいえ はい

避妊リングを装着していますか。 いいえ はい

※上記①～⑥で「はい」と答えた場合、MRI検査が可能か確認してください。

記入者氏名

本人以外が記入した場合(続柄:)

検査日: 年 月 日 体重 kg

※お問い合わせは札幌東徳洲会病院 放射線科(Tel011-722-1110 内線2112)まで

20141209 改訂版

MRI持ち物チェック票

date

ID.No

以下の物は検査前に取り外すようご協力お願い致します。万が一、検査室内に持ち込んでしまうと、事故や怪我、機器故障の原因になりますのでご注意ください。

患者ID: _____

氏名: _____ 様 生年月日: _____ 性別: _____

※外したらチェック入れること

1. 金属製装身具及び小物類

	患者・ご家族	看護師	技師
■ ヘアピン、ピアス、ネックレスなどアクセサリ類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ 鍵、財布、ライター	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ 入れ歯、メガネ、カラーコンタクトレンズ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ ベルト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ 湿布、エレキバン、カイロ、ニトロドーム(心臓用貼り薬)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ その他の金属製の製品	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 精密機器類

■ 時計	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ スマートフォン、携帯電話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ 補聴器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ 万歩計、その他の電子機器類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. その他

■ キャッシュカード、その他カード類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ かつら、ウィッグ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ 心電図モニター		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ シリンジポンプ、輸液ポンプ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ スワングantz、バスキャス等カテーテル類		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ 体温計		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

看護師 _____

放射線技師 _____

札幌東徳洲会病院 放射線科